

# 誤嚥性肺炎地域連携パス

— 誤嚥性肺炎で入院された患者さんおよびご家族の方へ —

<b>急性期病院</b> <b>倉敷中央病院</b>		倉敷中央病院カルテ番号 _____ 名前 _____		<b>退院・転院基準</b> <span style="color: red;">炎症反応が落ち着く、嚥下機能の改善</span> 退院日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 転院先 _____				
入院日	年	月	日	入院2日目～3日目	入院4日目～6日目	入院7日目	退院予定日	
ゴール (到達目標)	① 呼吸苦がなく安定している ② 食事摂取に関する指示を守ることができる ③ 治療について理解できる ④ 日常生活上の注意点が理解できる (転倒転落・褥瘡予防)		① 呼吸苦がなく安定している ② 水分摂取ができる ③ 転倒・転落がない ④ 皮膚に持続する発赤が出現しない		① リハビリを開始できる ② 誤嚥性肺炎の悪化がない ③ 食事に関する指示を守ることができる ④ 転倒・転落がない ⑤ 皮膚に持続する発赤が出現しない		① 呼吸が楽で安定している ② リハビリができている ③ 栄養補給ができている ④ 誤嚥性肺炎の悪化がない	① 呼吸状態が安定している ② 発熱がない
治療処置	抗生剤の点滴を行います。		点滴を終了します。					
検査	採血/レントゲン検査		飲み込みづらさがある時は鼻からカメラを入れて検査を行うことがあります。		採血をします。		嚥下検査の有無 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 (VE) <input type="checkbox"/> 検査せず <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 (VF)	
安静度	病状が安定するまでは室内でお過ごしください。		病状が安定していれば制限はありません。(院内フリー)					
食事	① 飲食は医師の指示に従ってください。 ② 飲み込みに問題がある場合は絶飲食です。		飲み込みの評価をしたうえで、どのように栄養摂取していくかを医師と検討していきます。		<b>【経口摂取可能】</b> 摂取可能なお食事から開始します。状態によってはゼリーやムース状のお食事のこともあります。飲み込みの状態によって食事内容は変更します。  <b>【経管栄養】</b> 鼻から胃までチューブを入れて栄養剤を注入します。下痢や嘔吐などの症状がなければ少しずつ量を増やしていきます。		<b>食事摂取状況評価</b> <input type="checkbox"/> 経口摂取なし <input type="checkbox"/> 経管栄養と、わずかな量の食事 <input type="checkbox"/> 経管栄養と、均一な物性の食事 (ゼリー食、ペースト食等) の併用 <input type="checkbox"/> 均一な物性の食事のみ (経管栄養の併用なし) <input type="checkbox"/> 様々な物性の食事を経口摂取するが、特別な準備等が必要 (きざみ、トロミ等) <input type="checkbox"/> 特別な準備は不要だが、特定の食品の制限がある (軟菜食等) <input type="checkbox"/> 常食の経口摂取 (制限なし)	
排泄	① 病棟もしくは病室のトイレをご利用ください。 ② 呼吸が不安定な時はふらつきやすいため転倒に注意してください。 ③ 無理をせず看護師を呼んで一緒に歩行を行ってください。							
清潔	発熱がなければ入浴できます。入浴できない場合は看護師が体拭きや洗髪のお手伝いをします。口の中を清潔に保つため、自力で歯磨きができない場合は看護師や歯科衛生士が口腔ケアを行います。							
リハビリ	必要に応じて運動や飲み込みに関するリハビリを始めます。		筋力が低下しないよう、できるだけベッドから起きて過ごしてください。					
説明	① 現在服用しているお薬や、お薬手帳があれば、看護師へ渡してください。 ② 入院日または入院2日目頃に薬剤師が病室へ行き、お薬のことをお伺いいたします。		① 転倒防止の説明 (映像視聴) をします。 ② 入院の準備物品においてアメニティセットを申し込むことができます。申し込まれない場合は着替えや必要物品をお持ちください。		① 病状や経過に応じて入院期間が前後することがあります。 ② 今後の入院計画をお伝えし、退院もしくは転院の方向性を相談させていただきます。 ③ 自宅退院またはリハビリのための転院を希望されるかなどを医師や看護師、MSWと相談しましょう。		① 食事が進まない場合、自宅退院の場合は今後の食事内容に関して栄養指導を行います。	① 退院後の注意すべき点を退院療養計画書で説明します。

※今回の入院につきまして現時点での診療計画は以上の通りです。なお、この説明は現在の病状から予測される範囲のものです。

※病状等に変化がございましたら、その都度ご説明をさせていただきます。ご不明の点がございましたらお申し出ください。

※当地域連携パスの同意・署名は、倉敷中央病院 入院診療計画書と兼ねています。

倉敷中央病院 入院診療計画書にて

- 上記の入院診療計画について説明をし、ご了承いただきました。
- データ登録・共有システム、地域患者情報共有システムにご同意いただきました。

( ) 主治医: _____ 看護師: _____ 他の担当者: _____ 説明日: _____ 年 ____ 月 ____ 日		かかりつけ医 ( ) 主治医: _____ 看護師: _____ 他の担当者: _____ 説明日: _____ 年 ____ 月 ____ 日	
転院～退院 入院期間: およそ ____ 日程度			
到達目標	患者状態	誤嚥の症状・所見がない 発熱がない 呼吸状態が安定している	
	生活動作	リハビリができている 転倒予防行動ができる	
	知識教育	食事摂取行動に関する指示を守ることができる	
治療 検査・内服	誤嚥性肺炎の再発予防や合併症の管理を行います。		
食事・飲水	状態に応じた食事ができます。嚥下機能が問題なければ飲水も可能です。(トロミ剤が必要になることがあります) ● 特別な栄養管理の必要性 (有・無) ※必要と判断した場合は、栄養改善に取り組みます。		
リハビリ	嚥下訓練やリハビリを行います。		
説明	治療計画について説明があります。		
医療相談	必要により福祉制度、介護サービスなどの相談に応じます。		
<b>退院・転院基準</b> <span style="color: red;">嚥下機能に合わせた食形態</span> 予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 退院日 _____ 年 ____ 月 ____ 日		一般・療養型病床 ( ) 主治医: _____ 看護師: _____ 他の担当者: _____ 説明日: _____ 年 ____ 月 ____ 日	
		状態に応じて期間を決定	
		検査	必要に応じて検査を行います。
		食事 飲水	状態に応じた食事ができます。嚥下機能が問題なければ飲水も可能です。(トロミ剤が必要になることがあります)
		リハビリ	必要に応じてリハビリを継続します。
		状態に応じて期間を決定	
		相談	療養支援について相談を受けます。

同意書 (本人または家族のサイン)

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

同意書 (本人または家族のサイン)

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)